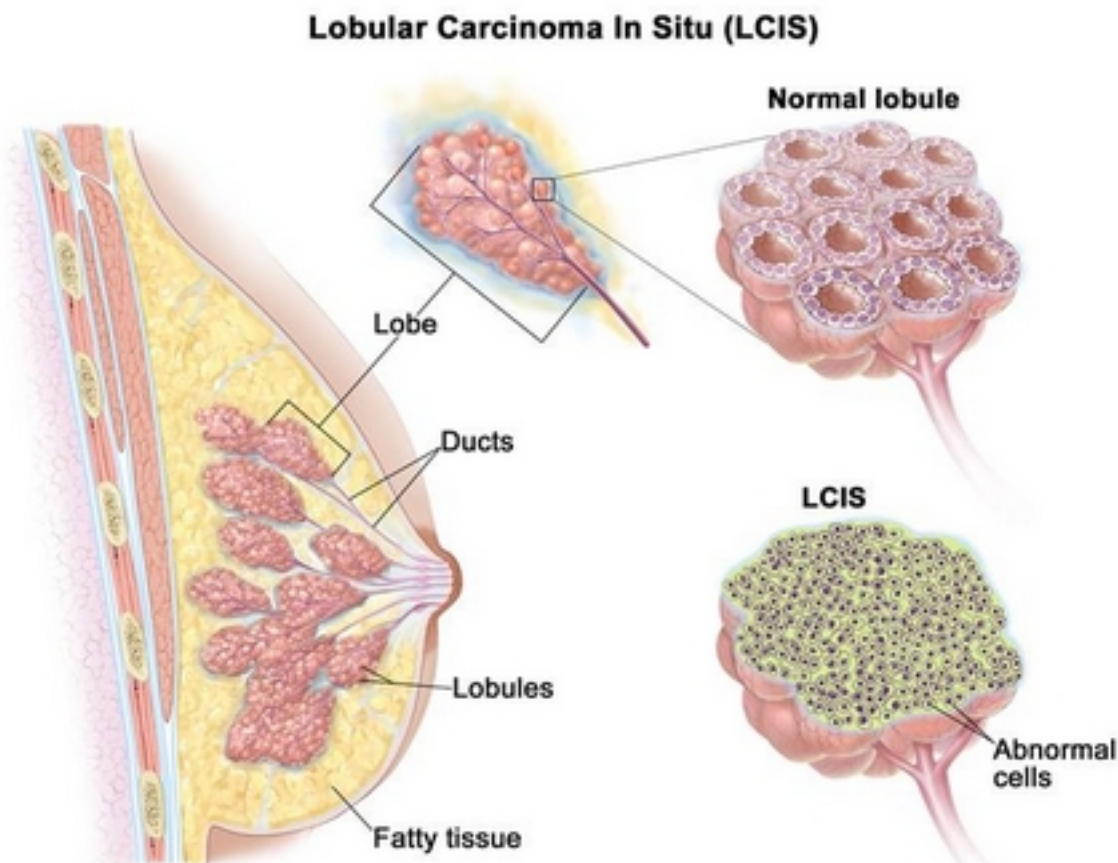


Bs CKI Nguyễn Xuân Hiền - Khoa GPB

## I. Carcinôm tuyến vú tại chỗ và tăng sinh không điển hình:



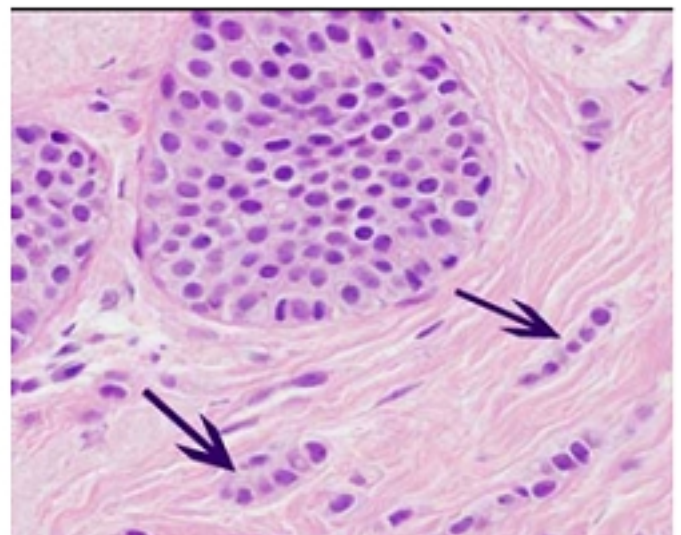
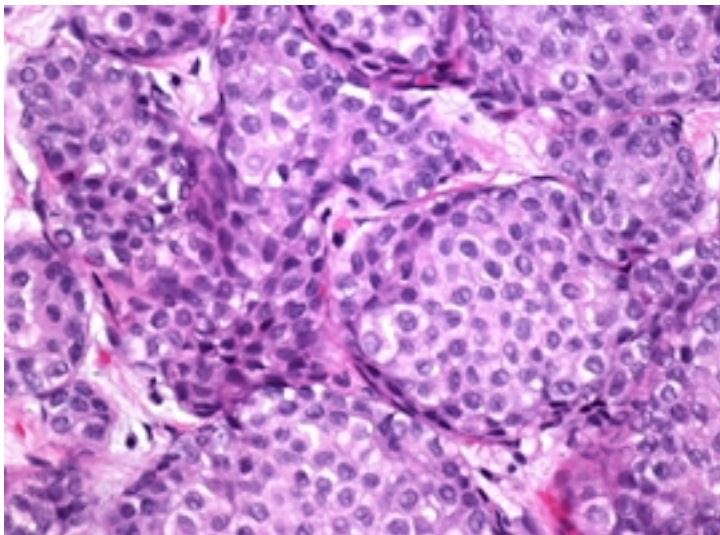
### 1. Đặc điểm lâm sàng:

Carcinôm tuyến vú tại chỗ (Lobular Carcinoma In Situ – LCIS) chiếm từ 1 – 6% các ung thư vú và chiếm 30 – 50% các ung thư tại chỗ. Nhóm tuổi trung bình khoảng 44- 54 tuổi.

Tần suất mắc đa ổ chiếm 60 – 85% và có đến 30- 45% LCIS ở cả hai bên vú.

## 2. Ví dụ :

- LCIS phát sinh từ các ống tuyến cùng túi u thùy vú. Các tế bào u tăng sinh thay thế biểu mô túi tuyến và các ống trong túi u thùy. Tế bào u có kích thước nhỏ tương đương biểu mô ống, nhân tròn, sẫm màu, bào tương hẹp, hạt nhân không rõ.



Hình ảnh vi mô của LCIS

- Các tác giả đã xuất: Chiếm 50 – 75% tần suất mắc trong 1 thùy vú là để xác định chính xác chẩn đoán LCIS mà không cần quan tâm đến số lượng 1 hay 2 thùy bị tần suất mắc. Nếu tần suất mắc < 50% trong 1 thùy thì được coi là tăng số thùy không điển hình (Atypical Lobular Hyperplasia – ALH).

- Các tế bào LCIS thuộc cấp B có nhân đa dạng hình, bào tương rộng và đôi khi có hạt nhân (loại này giống như tế bào của Carcinom ống tại chỗ) vì vậy chẩn đoán phân biệt với Carcinom ống tại chỗ có thể gặp khó khăn. Tuy nhiên ở LCIS tần suất mắc chủ yếu ở thùy vú. Các ống vú có thể liên quan nhưng không có ống Comedo, ống sần hay ống nhú.

## Đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ

Viết bởi Biên tập viên

Chức nhật, 16 Tháng 11 2014 07:37 - Lần cập nhật cuối Chức nhật, 16 Tháng 11 2014 08:02

---

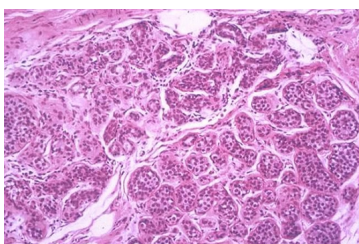
- Các hạt sáng trong bào tương (Intracytoplasmic Vacuoles) là do sự tích tụ nhũ y tế bào ra rớt thành giọt và đóng vai trò quan trọng trong LCIS, nhưng không nhất thiết là tiêu chuẩn để chẩn đoán. (Hình ảnh này hiếm gặp trong Carcinoma và không gặp trong tăng sinh không ác tính). Nhưng trường hợp rõ nét có thể tạo thành dòng tế bào nhũ.

- Ở bệnh nhân hậu mãn kinh, các thùy vú thường đã bị teo dẹt, vì vậy LCIS đôi khi chỉ biểu hiện ở các ống vú có dạng răng cưa (Saw – Tooth) hay dẹt lá 4 cánh (Clover Leaf).

### 3. Chẩn đoán phân biệt:

- Phân biệt với tăng sinh tế bào biểu mô: Loại này vẫn còn tế bào biểu mô lòng nang cưa thùy vú. Tế bào biểu mô tăng sinh bao quanh tròn nhẵn, bào tương sáng, nhân tăng sắc.

- Phân biệt với tăng sinh thùy không điển hình (Atypical lobular hyperplasia- ALH): Các tế bào tuyến tăng sinh có những đặc điểm giống như tế bào LCIS nhưng hình ảnh tăng sinh thành ống không rõ nét vẫn còn nhẵn ra lòng nang cưa thùy vú và thành ống chỉ ghi nhận 1 thùy vú.



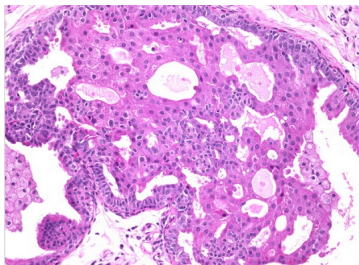
Hình ảnh vi thể của ALH

## II. Carcinoma tại chỗ và tăng sinh không điển hình:

## **1. Tăng sinh nội ống (Intraductal Hyperplasia)**

- Tăng sinh nội ống là tổn thương hay gặp kèm theo trong thay đổi sơ bộ của tuyến vú.

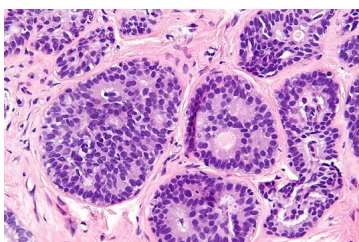
- Ví dụ: Hình ảnh tăng sinh tế bào biểu mô lớp kín lòng ống xen lẫn với tăng sinh tế bào có biểu mô hình thoi. Các tế bào biểu mô có hình tròn, đồng đều, có thể gặp những vùng biểu mô tế bào (foamy Cells) hoặc đám sinh đôi nhú. Nhân tế bào có chất tăng sinh hoặc gặp phân ống biểu mô và có nhiều hình dạng: Hình ôvan, hình khe hẹp, vò sò...



*Hình ảnh vi mô của tăng sinh nội ống*

## **2. Tăng sinh ống không điển hình (Intraductal Hyperplasia With Atypical):**

- Hình ảnh tăng biểu mô nên các lòng tuyến phát (Secondary Lumens) có hình bất thường. Tế bào biểu mô tăng tầng, đôi khi tạo nhú nhỏ hoặc có thể xen lẫn với hoại tử nhỏ. Nhân tế bào không điển hình và gặp 1 số phân bào.



## Đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô tuyến vú tại chỗ

Viết bởi Biên tập viên

Chủ nhật, 16 Tháng 11 2014 07:37 - Lần cập nhật cuối Chủ nhật, 16 Tháng 11 2014 08:02

---

Hình ảnh vi thể của tăng sản ống tuyến không điển hình.

### 3. Carcinom ống tại chỗ (Ductal Carcinoma In Situ):

#### 3.1 Đặc điểm lâm sàng:

DCIS phát sinh từ hệ thống ống của tuyến vú, gồm các ống của thùy vú (Lobular Ducts).

DCIS là 1 tổn thương khó thấy trực tiếp, mà thường phát hiện qua chụp nhũ ảnh hoặc sinh thiết vú.

#### 3.2 Đặc điểm:

Hầu hết hình ảnh đặc điểm không rõ, ngoài triệu chứng hoặc là Comedo có thể thấy một khi có một ổ chèn nhồi kèm xơ hóa quanh ống.



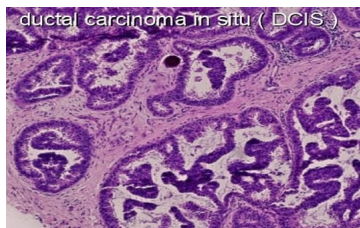
Hình ảnh đặc điểm của DCIS

### 3.3 Vi thể:

Có nhiều dạng cấu trúc: (có thể đơn thuần hoặc kết hợp). Dạng nhú – Dạng đờc – Dạng sàng – Dạng comedo. Nhân tế bào tăng số, tế bào Nhân/ Bào tế bào tăng và giảm phân bào bất thường. Trong một số trường hợp có thể gặp tế bào bán hủy và các hạt sáng trong bào tương.

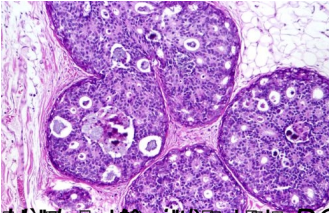
Không gặp hình tăng sinh tế bào biểu mô trong ống, tuy nhiên có thể gặp tế bào biểu mô ở vùng mép ống.

Ở dạng vi nhú cấu trúc phân biệt với tăng số nhân của dạng nhú không điển hình. Đặc biệt DCIS vi nhú, các ống nhú đi vào lòng ống. Các tế bào u nhú, khá đồng dạng, nhân số mô phỏng phân bào, xếp thành đám đờc ngay dưới nhú hoặc xếp đờc trực tiếp nhú (không thấy rõ trực tiếp liên kết mạch máu). Có thể gặp 1 số đám tế bào u nhú đi vào lòng ống.

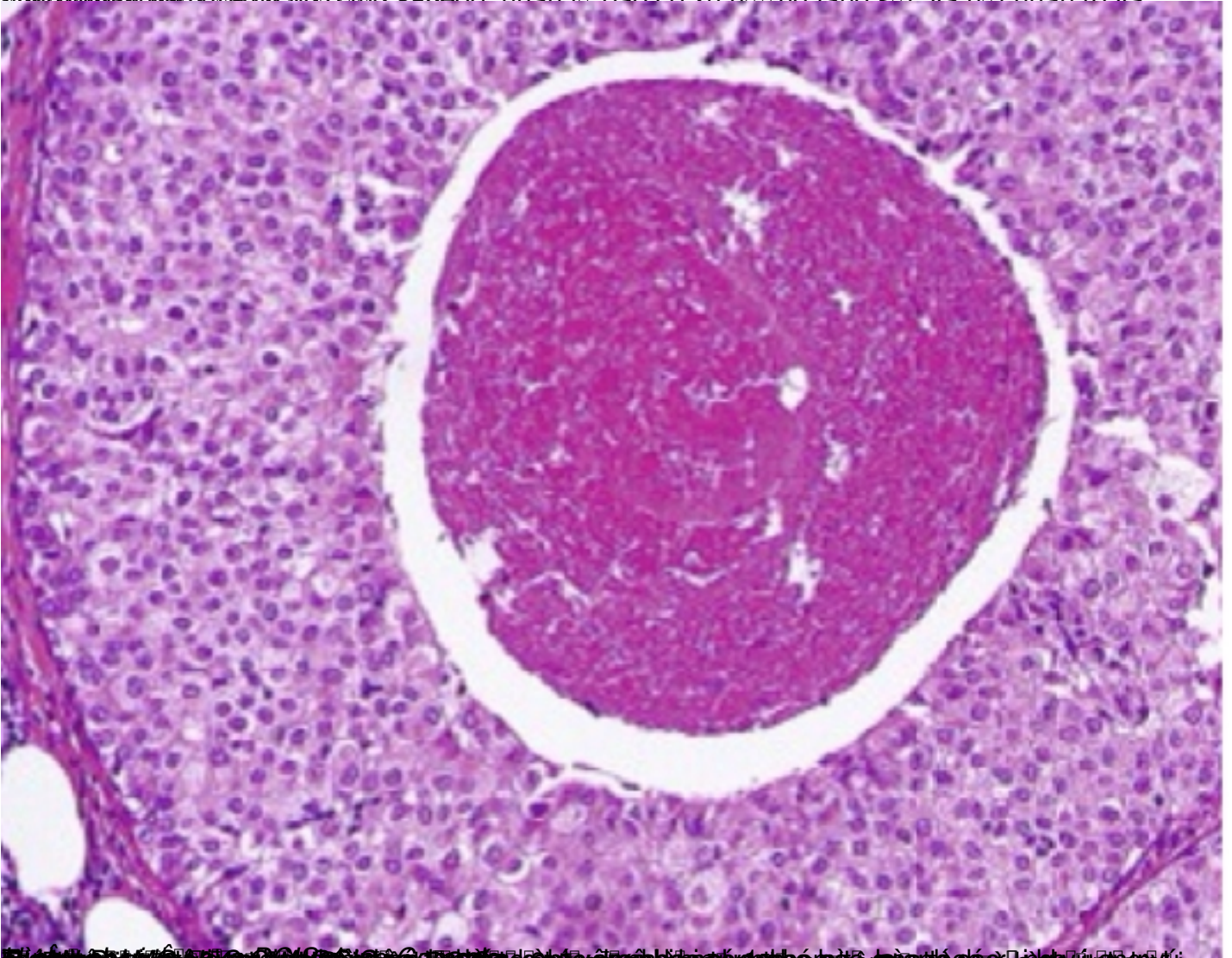


Hình ảnh vi thể DCIS dạng vi nhú

Đặc biệt dạng sàng các tế bào u nhú thành các dải hoặc cấu trúc làm các khoang trống trong lòng ống có hình ô cửa sổ. Các khoang trống phân bố đều trong ống, thường có dạng hình tròn và kích thước tế bào đồng đều.



Hình ảnh vi mô của mô ung thư biểu mô tuyến vú tế bào có xu hướng tăng số lượng và biệt phân rõ và



Hình ảnh vi mô của mô ung thư biểu mô tuyến vú tế bào có xu hướng tăng số lượng và biệt phân rõ và